

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR TIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

ditions générales :

Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.

Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.

La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.

L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.

En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

rmacie :

Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.

Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

iologie et Biologie :

La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.

Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

optique :

L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

éducation :

L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.

Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

ntaire :

En cas de prothèses ou de traitement canalaire, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.

La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.

La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canalaire.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.

Adresses Mails utiles

Réclamation : contact@mupras.com

Prise en charge : pec@mupras.com

Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fakir et Rue Allal Ben Abdellah - Quartier de l'Horloge Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 22 78 18 - www.mupras.com

Doss n° 10499

Déclaration de Maladie : N° P19-0020239

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent(e)

Matricule : 1982 Société :

Actif

Pensionné(e)

Autre :

Nom & Prénom : Z.NIBEN Doltawad Date de naissance : 9-5-50

Adresse : Nos. EL Djezeh 3 Bn de la Côte reine Turia - casab

Tél. : 066.134.09.18 Total des frais engagés : 46,40 Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age:

Lien de parenté :

Lui-même

Conjoint

Enfant

Nature de la maladie :

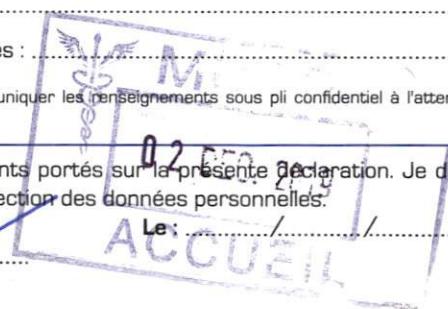
En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Carap

Signature de l'adhérent(e) : [Signature]



RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des Actes	Natures des Actes	Nombre et Coefficient	Montant détaillé des Honoraires	Cachet et signature du Médecin attestant le Paiement des Actes
22				

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la Facture
 PHARMACIE ONYX 10 rue LAFAYETTE 33170 LOUSSAC-SALACq France Tel. 05 52 79 81 27, Fax 05 52 79 81 28	10-10-19	46,40

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des Cœfficients	Montant des Honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du Praticien	Date des Soins	Nombre				Montant détaillé des Honoraires
		A M	P C	I M	I V	

RELEVE DES FRAIS ET HONORAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué en indiquant la nature des soins.

Important :

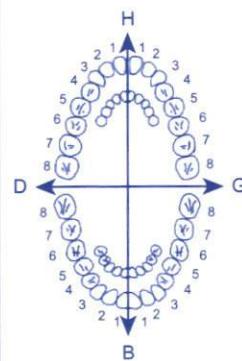
Veuillez joindre les radiographies en cas de prothèses ou de traitement canalaires, ainsi que le bilan de

SOINS DENTAIRES	Dents Traitées	Nature des Soins	Coefficient	
				COEFFICIENT DES TRAVAUX
				MONTANTS DES SOINS
				DEBUT D'EXECUTION
				FIN D'EXECUTION

O.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRE

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
D	
00000000	00000000
35533411	11433553



(Création, remont, adjonction)

Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Pharmacie : ONYX

Ville : CARA Factur L3 10-10-19

ZNIBER NOTAMO d

Quantité

LIBELLE

01 Delipar 14,00

01 Diclo 40 32,40

tot = 46,40

PHARMACIE ONYX

Douala 1er arrondissement

Bd. Général Achille Sarralé SALAJ

let N°9 VRA 75

Tél.: 0522 79 83 00

PPV:14DH00
PER:04/20
LOT :G941

100 mg

comprimé

1000 mg, comprimé :

ce est : paracétamol 1000 mg, sous forme de paracétamol DC 90 pour un comprimé.

éssants sont : croscarmellose sodique, providone K30, amidon de maïs, acide stéarique (origine végétale).

QUE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ET DANS QUELLE FORME EST-IL DISPO

ntient du paracétamol. Il est indiqué en cas de douleur et/ou fièvre de tête, états grippaux, douleurs dentaires, courbatures, règles. Il peut également être prescrit par votre médecin dans les douleurs

son est réservée à l'adulte (à partir de 15 ans) :

la rubrique "Posologie".

moins de 15 ans, il existe d'autres présentations de paracétamol. Il faut demander conseil à votre médecin ou à votre pharmacien.

NT LES INFORMATIONS NÉCESSAIRES AVANT DE PRENDRE DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ ?

ns :

DOLIPRANE® 1000 mg, comprimé dans les cas suivants :

u paracétamol, maladie grave du foie, enfant de moins de 15 ans.

PRÉCAUTIONS PARTICULIÈRES AVEC DOLIPRANE® 1000 mg, COMPRIMÉ :

iculières :

ste plus de 5 jours ou la fièvre plus de 3 jours ou en cas d'efficacité diminuée ou si une réaction allergique survenue de tout autre signe, ne pas continuer le traitement sans avis de votre médecin.

ne grave du foie ou des reins, il est nécessaire de consulter votre médecin avant de prendre du paracétamol.

sage ou de prise par erreur d'une dose trop élevée, consultez votre médecin.

et contient du paracétamol. D'autres médicaments en contiennent également. Ne les associez pas, afin de ne pas dépasser la dose recommandée (cf. chapitre "Posologie").

laitement :

ans les conditions normales d'utilisation, peut être utilisé pendant la lactation mais pas pendant les deux premières semaines qu'en cas d'allaitement.



LOT : 8775
 UT. AV : 11 - 21
 P.P.V : 32 DH 40

Composants	Diclo pharma 5° 75 mg injectables	Diclo pharma 5° 50 mg comprimés gastro-résistants	Diclo pharma 5° 100 mg suppositoires
Diclofénac sodique	75 mg	50 mg	100 mg
Excipients	q.s.p. 3 ml	q.s.p. 1 comprimé	q.s.p. 1 suppositoire

INDICATIONS

Maladies rhumatismales à localisation articulaire : arthrite rhumatismale, ostéoarthrose. Maladies rhumatismales à localisation extra-articulaire : périarthrites, bursites, tendinites, myosites, lombosciatalgies.

CONTRE-INDICATIONS

Le produit ne doit pas être administré en cas d'ulcère gastrique ou duodénal, de graves troubles gastro-entériques, de grossesse, durant l'allaitement, d'insuffisance rénale ou d'altération de l'hémopoïèse ou en cours de traitement avec les anticoagulants.

Comme d'autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, le Diclofénac est contre-indiqué chez les sujets qui, après administration d'acide acétylsalicylique ou d'autres médicaments qui inhibent la prostaglandine synthétase, ont présenté des crises asthmatiques, l'urticaire ou rhinite aiguë. De plus, il est contre-indiqué dans les cas d'hypersensibilité individuelle vérifiée au Diclofénac.

Enfant de moins de 15 ans pour les injectables et les suppositoires et moins de 12 ans pour les comprimés

EFFETS INDÉSIRABLES

Surtout au début du traitement on pourra enregistrer des troubles gastro-intestinaux tels que nausées, diarrhées, flatulences.

Si des troubles plus graves se présentent (selles foncées ou douleurs épigastriques), il faudra consulter un médecin.

Rarement, on aura des manifestations allergiques telles que rash cutané, prurit, crises asthmatiques et/ou réactions anaphylactiques ou anaphylactoïdes.

Quelquefois, on a enregistré des troubles du SNC tels que céphalée, excitation, irritabilité, insomnie, asthénie, tétanies, blousissements.

En cas particulier dans les traitements prolongés, peuvent se présenter des œdèmes périphériques, une augmentation des transaminases, l'ulcère, des altérations de l'hémopoïèse (leucopénie, thrombopénie, anémie aplastique), une insuffisance rénale, un syndrome néphrotique, un érythème exsudatif multiforme. Quelquefois, rarement, chez des sujets l'emploi des suppositoires peut déterminer l'apparition de phénomènes collatéraux locaux et transitoires (brûlures, ténèse).

POSOLOGIE

Comprimés gastro-résistants de 50 mg : Thérapie d'attaque : 1 comprimé, 3 fois/jour.

Thérapie prolongée : 1 comprimé, 2 fois/jour (le matin et le soir) ; dans certains cas on prévoit une réduction de la posologie.

Administrer durant ou après les repas (le petit déjeuner et le dîner).

Suppositoires de 100 mg : 1 suppositoire, 1-2 fois/jour.

La thérapie rectale peut être associée à la thérapie orale : 1 suppositoire, le soir, et 1 comprimé de 50 mg lors du petit déjeuner.

Ampoules injectables de 75 mg : 1 ampoule/jour par voie intramusculaire pendant 2 jours puis passer aux comprimés ou aux suppositoires.

PRÉSENTATIONS

Boîte de 20 comprimés gastro-résistants de 50 mg.

Boîte de 10 suppositoires de 100 mg.

Boîte de 6 ampoules injectables de 75 mg.

Boîte de 2 ampoules injectables de 75 mg.

NE PAS LAISSER A LA PORTEE DES ENFANTS

LISTE II

A10452
Fleximel

